

Stellungnahme



Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zu dem Referentenentwurf „Terminservice- und Versorgungsgesetz – Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG)“

Versorgungsqualität stärken, Versicherte schützen, Vergütungsstrukturen mit Augenmaß gestalten 16.08.2018

1. Einleitung

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) und seine Mitgliedsgewerkschaften vertreten die Interessen der abhängig Beschäftigten und ihrer Angehörigen auch in ihrer Rolle als Krankenversicherte sowie als Patientinnen und Patienten. Die Sicherstellung einer umfassenden, gerechten und besseren flächendeckenden Versorgung der Versicherten durch eine an dieses Erfordernis anzupassende Versorgungsstruktur ist angesichts der hierbei bestehenden Defizite eine seiner Kernforderungen.

Vor diesem Hintergrund dient die vorliegende Gesetzesinitiative des Bundesministeriums für Gesundheit aus Sicht des DGB einem wichtigen Ziel: Die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten soll durch den Abbau von Wartezeiten verbessert werden, während der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung flächendeckend gewährleistet und im Rahmen einer überarbeiteten Terminservicestellenstruktur verbessert werden soll. Diese Vorhaben sind zu begrüßen und bedürfen einer möglichst zügigen Umsetzung.

Für die mit diesen Leistungen verbundenen ärztlichen Aufwände werden erhöhte oder neugeschaffene extrabudgetäre Vergütungen in Höhe von ca. 600 Mio. Euro in Aussicht gestellt. Diese zusätzliche Finanzierung soll aus GKV-Mitteln und somit aus dem Budget der Versicherten erbracht werden. Der DGB lehnt dies entschieden ab. Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung ist ärztlicher Grundauftrag und durch innerärztliche Koordinierung, jedoch nicht durch eine Zusatzfinanzierung der bereits heute umfangreich vergüteten ambulanten Arztpraxen zu gewährleisten. Die durch den Referentenentwurf angesprochenen Versorgungsstrukturen sind bereits heute mit ca. 37 Milliarden Euro pro Jahr ausgestattet und verfügen somit über eine mehr als solide Grundlage, um die zeitnahe Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Das Sprechstundenangebot ist primär durch den Versorgungsbedarf der Versicherten und nicht durch extrabudgetäre Anreize zu begründen.

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik

Knut Lambertin
Referatsleiter Gesundheitspolitik/KV

knut.lambertin@dgb.de

Telefon: +49 30 - 24060-706
Telefax: +49 30 - 24060-226
Mobil: +49 160 - 90772957

Henriette-Herz-Platz 2
D - 10178 Berlin
www.dgb.de

Robert Spiller
Referatsleiter Gesundheitspolitik
Europäische Arbeitsmarkt- und
Sozialpolitik

robert.spiller@dgb.de

Telefon: +49 30 - 24060-311
Telefax: +49 30 - 24060-226
Mobil: +49 160 - 90772957

Henriette-Herz-Platz 2
D - 10178 Berlin
www.dgb.de



Der Referentenentwurf beinhaltet darüber hinaus eine Vielzahl von zu verändernden Regelungsinhalten, die dem einleitend beschriebenen Ziel dienen sollen. Der DGB stellt jedoch fest, dass sich darunter Vorschläge befinden, deren zu erwartender Beitrag zur Hebung der Versorgungsqualität teilweise fraglich ist oder den Interessen der Versicherten zuwider läuft. Beispielhaft sei dazu vorab auf folgende Bestandteile des Entwurfs verwiesen:

Die vorgesehene Neugestaltung der §§ 50 und 51 SGB V dienen nicht der eigentlich notwendigen Schließung einer bestehenden Regelungslücke in der sozialen Absicherung von Teilrenten und zusätzlichen Erwerbseinkommen, sondern zielen auf eine Beschneidung der durch Beiträge erwerbbarer Ansprüche auf Krankengeld für Versicherte in entsprechenden Rentenkonstellationen. Dies ist rundheraus abzulehnen. Der DGB fordert den Gesetzgeber auf, stattdessen dafür zu sorgen, dass volle Krankengeldansprüche auch vor Erreichen der Regelaltersgrenze auch unabhängig vom Bezug einer vollen Regelaltersrente gewährt werden.

Die vorgeschlagenen Neuregelungen zum Sozialdatenschutz im Bereich der ePA sehen die Schaffung der Möglichkeit der Datenübermittlung an Dritte mit Zustimmung des Versicherten vor. Diese Regelung schafft in der vorliegenden Form jedoch potentielle Anreize für eine missbräuchliche Auslegung dieser Möglichkeiten im Rahmen von Bewerbungen auf Beschäftigungsverhältnisse oder von bereits bestehenden Beschäftigungsverhältnissen im Sinne eines qualitativen „Screenings“ des Versicherten.

2. Bewertung der wesentlichen Regelungsinhalte

2.1 Ausweitung der Aufgaben und Befugnisse der Terminservicestellen

Der Referentenentwurf sieht vor, die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen künftig zur Terminvermittlung zu Haus- und Kinderärzten, zur Unterstützung bei der Suche nach dauerhaft behandelnden Haus-, Kinder- und Jugendärzten, zur Vermittlung auch während der üblichen Sprechstundenzeiten an eine offene Arztpraxis oder Notfallambulanz und zur Weiterleitung an Notrufzentralen bei lebensbedrohlichen Notfällen auszubauen. Ergänzend soll die Erreichbarkeit der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116 117 ausgeweitet und zur Integration in das geplante gemeinsame Notfallleitstellensystem befähigt werden. Die Termin-Servicestellen sollen künftig über ein Online-Angebot zugänglich sein. Zu regeln sein sollen diese Schritte hinsichtlich einer einheitlichen Umsetzung durch KVen durch eine Richtlinie der KBV.



Der DGB begrüßt grundsätzlich das Ziel, eine Verbesserung der Situation der gesetzlich Versicherten hinsichtlich einer zeitnahen Terminvergabe für erforderliche fachärztliche Termine zu erreichen. Damit dies über den Weg des Ausbaus der bereits bestehenden Aufgaben und Kompetenzen der Terminservicestellen-Strukturen geschehen kann, sind allerdings die administrativen und personellen Voraussetzungen für eine größere Leistungsfähigkeit dieser Strukturen zu schaffen. Berichte über niedrige Bekanntheitsgrade oder schlechte Erreichbarkeit der Servicestellen haben in der Öffentlichkeit eher die Wahrnehmung bestehender Defizite dieser Institution als deren praktischen Nutzen unterstrichen. Ergänzend ist für eine langfristig effektive, patientenorientierte Terminvergabe die regelmäßige Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Steigerung und Beibehaltung der Leistungen der Terminservicestellen seitens der KVen festzuschreiben.

2.2 Ausweitung der Mindestsprechstundenzeiten & Extrabudgetäre Vergütung

Vorgeschlagen wird eine verbindliche Neuregelung in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), nach der Sprechstunden an mindestens 25 Stunden pro Woche inklusive Hausbesuchszeiten angeboten werden sollen. Arztgruppen der unmittelbaren und wohnortnahen Versorgung sollen pro Woche mindestens 5 Stunden als offene Sprechstunde anbieten, wobei die KVen die Einhaltung der Mindestsprechstunden überwachen sollen. Dies wird verbunden mit einer extrabudgetären und zusätzlichen Vergütung für die erfolgreiche Vermittlung eines dringlich notwendigen Behandlungstermins durch den Hausarzt zum Facharzt sowie für ärztliche Leistungen, die von der Terminservicestelle der KBV vermittelt werden. Für ärztliche Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen bei der Behandlung von in den Arztpraxen neuen Patientinnen und Patienten soll es sowohl eine extrabudgetäre Vergütung als auch eine erhöhte Leistungsbewertung geben. Extrabudgetär vergütet werden sollen zudem die offenen Sprechstunden, zusätzlich zu einem vertragsärztlichen Leistungsvolumen im Umfang von 20 bzw. 10 Wochenstunden erbracht werden.

Der DGB begrüßt grundsätzlich, dass der Umfang der wöchentlichen Mindestsprechstundenzeiten erhöht werden soll. Ebenso zu begrüßen ist die gesonderte Berücksichtigung eines wöchentlichen Stundenkontingents für offene Sprechstunden insbesondere für Arztgruppen der Grundversorgung sowie die Begrenzung der extrabudgetären Vergütung für diese Leistungen durch die Pflicht zur Erbringung eines vorherigen Nachweises der Erfüllung des bestehenden Versorgungsumfangs. Insgesamt ist jedoch der Ansatz, durch ausgeweitete Vergütungen ein erweitertes Sprechstundenangebot begründen zu wollen, deutlich zu kritisieren. Es ist der grund-



sätzliche Auftrag der niedergelassenen Ärzte, die ambulante medizinische Versorgung sicherzustellen. Wo dies gelingt, wird somit eine Kernaufgabe erfüllt; wenn es nicht gelingt, liegt es in der Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen, gemeinsam mit den Ärzten die zugrunde liegenden Strukturprobleme zu beheben. Eine extrabudgetäre Vergütung führt diese Logik jedoch ad absurdum: einerseits wird den niedergelassenen Ärzten eine Gratifikation dafür in Aussicht gestellt, eine Kernaufgabe zu erfüllen. Andererseits wird eine inhaltliche Verbindung hergestellt zwischen einem monetären Bonus und einer im Übrigen oft selbst von Ärzten beklagten zeitlichen und organisatorischen Überlastung. Geld kann jedoch nicht ernsthaft als funktionaler Anreiz dabei helfen, Defizite bei der Verfügbarkeit zeitlicher Ressourcen für die Versorgung der Patienten zu beheben.

Die Versicherten stellen bereits heute durch ihre Beitragszahlungen eine sehr gute Entlohnung von Ärzten sicher – dafür dürfen sie eine funktionierende Versorgung und eine ärztliche Prioritätensetzung, die ausreichend zeitliche Ressourcen zur Erfüllung des ambulanten Versorgungsauftrags bereitstellt, erwarten. Bei durchschnittlich 380.000 Euro, die durch die GKV an jede Arztpraxis pro Jahr gezahlt werden, ist eine extrabudgetäre Vergütung nicht im Sinne eines verantwortungsvollen Umgangs mit Beitragsgeldern darstellbar. Echte Zusatzleistungen für Patienten wie beispielsweise Wochenendsprechstunden werden bereits heute durch monetäre Mehranreize für die jeweiligen Ärztinnen und Ärzte abgedeckt. Das Anbieten einer für die Erfüllungen des Versorgungsauftrags ausreichenden wöchentlichen Sprechstundenanzahl ist demgegenüber jedoch als eine Notwendigkeit anzusehen, die durch innerärztliche Abstimmungen und Prioritätensetzungen zu beantworten ist. Der DGB lehnt eine extrabudgetäre Vergütung als Kompensation für die Ausweitung von Sprechstundenzeiten für Versicherte deshalb ab.

2.3 Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung

Das Bundesministerium für Gesundheit will die ärztliche ambulante Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Gebieten verbessern. Dieses Ziel unterstützt der DGB, nur nicht den Weg dorthin. Denn das BMG verfolgt weiterhin konsequent den Weg, der bisher schon unzureichend funktioniert hat: noch mehr Geld für niedergelassene Ärzte und ihre Vertretungsstrukturen.

Gleichzeitig sollen die gesetzlichen Krankenkassen als Mitgliederorganisationen der Versicherten eine weniger wichtige Rolle spielen, z.B. bei der Genehmigung von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen.



Es wäre zu begrüßen, wenn künftig neben bestehenden Strukturen und etablierten Berufsbildern in der ambulanten medizinischen Versorgung vermehrt eine Orientierung hin zu neuen Angebotsmodellen und Versorgungsformen stattfindet, von der sowohl die Versicherten im Sinne einer solidarisch fundierten, qualitativ hochwertigen und zeitnahen Versorgung als auch die Beschäftigten profitieren. Deshalb müssen die Krankenkassen mehr Versorgung in eigener Verantwortung gestalten dürfen, um nicht noch mehr Beitragsgelder in kassenärztlichen Strukturen, die bisher schon die Probleme nicht zu lösen vermochten, investieren zu müssen. Anstelle dessen erhalten die obersten Landesbehörden jedoch das Recht, zusätzliche Zulassungen zu erteilen.

Der DGB fordert hier dringend eine Umkehr von bisherigen erfolglosen Wegen. Den gesetzlichen Krankenkassen muss die Eröffnung neuer Eigeneinrichtungen erlaubt werden. Das ideologische Festhalten am Berufsbild des freiberuflichen Mediziners und seiner Standesorganisationen darf auch nicht durch mehr angestellte Ärzte im Auftrag der Standesorganisationen für die Zukunft betoniert werden.

Auch hiermit wird dem logischen Zusammenhang von Finanz- und Entscheidungsverantwortung widersprochen. Der DGB bittet um Aufklärung, über welche Informationen zur gesundheitlichen Lage in den Regionen die obersten Landesbehörden im Gegensatz zu den Krankenkassen und den Sozialpartnern verfügen. Angesichts des bisherigen Ärztwachstums fordert der DGB, nicht weitere zusätzliche Ärzte aus Beitragsmitteln der Versicherten und Arbeitgeber leichtfertig zu finanzieren, sondern intelligente Konzepte zu ihrer besseren Verteilung vorzulegen.

Der DGB begrüßt die Stärkung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), fordert jedoch auch eine Rechtsänderung, den Krankenkassen die Gründung von MVZ zu ermöglichen.

2.4 Sektorenübergreifende Konfliktlösung / Schiedsgerichte

Beabsichtigt wird die Schaffung eines neuen Schiedsgremiums für sektorübergreifende Entscheidungen, das für alle Konfliktlösungen im dreiseitigen Bereich zwischen GKV, KBV und DKG zuständig sein soll. Durch diese Neustrukturierung des Schiedswesens kann perspektivisch eine Verbesserung der Herstellbarkeit von Mehrheitsbeschlüssen auf einer breiteren konsensualen Basis erreicht werden, da künftig durch jede Partei neben zwei Mitgliedern auch zwei Unparteiische bestimmt werden. Durch diese Verbreiterung der abstimmungsberechtigten Basis soll die Möglichkeit zur Herstellung von Konsensentscheidungen mit Zwei-Drittel-Mehrheit erhöht werden; ebenso soll die Berücksichtigung von Unparteiischen dabei eine sachgerechte Konsensbildung gewährleisten.



Allerdings wird bei II.2.6 ein sprachliches Missverständnis deutlich, dass der rationalen Verbesserung unseres Gesundheitssystems im Wege steht. Wer sind diese Selbstverwaltungspartner? Weder Duden noch Fachwörterbücher kennen diesen Begriff, auch nicht das BMG (s. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitswesen-selbstverwaltung.html>). Sprachliche Klarheit ist die Voraussetzung für nachvollziehbare Politik, denn schließlich sitzen sich nicht ehrenamtliche Mitglieder der Verwaltungsräte der Krankenkassen und Klinikchefs gegenüber.

Die von Arbeitgebern und Versicherten selbstverwalteten Krankenkassen und ihre Verbände verhandeln mit den Krankenhausgesellschaften als Zweckverband der öffentlichen, frei-gemeinnützigen und privaten Krankenhäuser über die Umsetzung gesetzlicher Aufträge. Zu deren Konfliktlösung bedarf es eines Schiedswesens, welches nun verbessert werden soll. Diesen Vorschlag begrüßt der DGB.

2.5 Zahnersatz

Vorgeschlagen wird eine Erhöhung der Festzuschüsse für Zahnersatz ab 2021 von 50 Prozent auf 60 Prozent der vom GBA festgesetzten Beträge für zahnärztliche Leistungen der Regelversorgung. Darüber hinaus soll der Bonus von 60 Prozent auf 65 Prozent bzw. 70 Prozent auf 75 Prozent bei Vorliegen eines vollständigen Bonushefts erhöht werden.

Die Ausweitung dieser den Versicherten zu Gute kommenden Leistungen ist aus Sicht des DGB zu begrüßen. Die hierdurch jährlich entstehenden Mehrkosten von ca. 570 Mio. Euro für alle Kassen bei einer Erhöhung um zehn Prozentpunkte verdeutlicht, dass die Versicherten hierfür bisher umfangreiche private Mittel aufwenden müssen. Um die Versicherten vor finanzieller Überforderung zu schützen, ist zudem eine Regelung erforderlich, die die Steigerungssätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) im SGB V begrenzt. Der DGB fordert weitergehend, dass derartige Leistungen wieder vollständig in den GKV- Leistungskatalog reintegriert werden, um die finanzielle Mehrbelastung der Versicherten zu beseitigen und somit die Herstellung einer tatsächlichen Parität bei der Finanzierung der Gesundheitsversorgung zu unterstützen.

Für kieferorthopädische Leistungen soll eine Mehrkostenregelung geschaffen werden, die klarstellt, dass Mehrkostenvereinbarungen nach GOZ auch im kieferorthopädischen Bereich zulässig sind. Damit wird aus Sicht des DGB das Sachleistungsprinzip weiter ausgehöhlt, da Zahnärzte Leistungen gegenüber gesetzlich Versicherten privat abwickeln können. Den gesetzlichen Krankenkassen wird keine Möglichkeit zur Prüfung der Leistungen auf Basis von Mehrkostenregelungen eingeräumt, sodass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen hier lediglich alleine und anlassbezogen prüfen können. Diese Regelung ist intransparent und den Versicherten



nicht dienlich, da die gesetzlichen Krankenkassen ohne Einblick in die getroffenen Mehrkostenregelungen auch keine adäquate Beratung der Versicherten zu Leistungen bieten können.

Geplant ist weiterhin, die Punktwertdegression für vertragszahnärztliche Leistungen abzuschaffen, um Hemmnisse bei der Niederlassung in strukturschwachen Gebieten zu beseitigen. Einen solchen Ansatz lehnt der DGB ab, da zum einen etwaige Defizite hinsichtlich der Über-, Unter- und Fehlversorgung bei der ambulanten Versorgung wie schon beschrieben nicht durch die Schaffung von zusätzlichen finanziellen Vergütungsanreizen angegangen werden sollten. Zum anderen ist die Annahme des Bestehens von Versorgungsdefiziten in strukturschwachen Gebieten nicht per se auf den Bereich der vertragszahnärztlicher Leistungen auszuweiten. Versorgungspässe sind hier nicht flächendeckend zu erwarten, insofern ist der Abbau der Punktwertdegression für diese Leistungsgruppe abzulehnen.

2.6 Präexpositionsprophylaxe

Vorgeschlagen wird, Versicherten mit erhöhtem HIV - Infektionsrisiko einen Anspruch auf ärztliche Beratung erforderliche Unterstützung und Arzneimittel auf Kassenkosten zu gewähren. KBV und GKV sollen hierzu innerhalb von 3 Monaten nach Verabschiedung des Gesetzes eine Regelung treffen; das BMG soll diese bis 2020 evaluieren.

Grundsätzlich sind die Ausweitungen der Leistungspflicht der PrEP auf die GKV zu begrüßen, um den Versicherten die bestmögliche Vorsorge und Versorgung zukommen zu lassen. Allerdings sind hierfür einerseits realistische Kostenschätzungen unerlässlich. Die Annahme, dass den gesetzlichen Krankenkassen jährliche Mehrkosten in Höhe von 5 Millionen Euro entstehen, greift angesichts der großen Zielgruppe, die für ein erhöhtes HIV - Infektionsrisiko und damit für den Bezug von Leistungen zur Präexpositionsprophylaxe in Frage kommt, deutlich zu kurz. Zum anderen ist der Ansatz der Stärkung von Präventionsmaßnahmen in einen Maßnahmenkontext zu stellen, der insgesamt Nachhaltigkeit gewährleistet (insb. in Bezug auf Safer-Sex-Praktiken). Dies ist unerlässlich, um eine mögliche Steigerung des sexuellen Risikoverhaltens in Verbindung mit Bedeutungsverlust von Safer-Sex-Praktiken als Reaktion auf eine Ausweitung der PrEP- Leistungen, deren Konsequenz bis hin zur Entstehung und Verbreitung neuer Virusresistenzen reichen kann, zu vermeiden.



2.7 Sozialdatenschutz - ePA

Der DGB kritisiert die geplanten Änderungen in § 305 Abs. 1 SGB V. Mit der beabsichtigten Neuregelung werden die Krankenkassen zur Übermittlung von Sozialdaten in elektronischer Form an von dem Versicherten benannte Dritte befugt. Im Gesetz wird weder definiert, wer „Dritter“ ist, noch, dass der Übermittlung im Nachhinein widersprochen und die Weiternutzung bereits übermittelter Daten untersagt werden kann. Lediglich die Gesetzesbegründung verweist knapp auf die Übermittlung von Daten im Zusammenhang mit Vorhaben der wissenschaftlichen Forschung im Sozialleistungsbereich nach § 75 SGB X. Zudem wird durch die Gesetzesbegründung deutlich, dass der „Dritte“ vom Versicherten benannt wird und eine ausdrückliche Zustimmung zu erfolgen hat.

Hier ist auf folgende Möglichkeit hinzuweisen: wenn der Patient oder die Patientin ihre Daten „Dritten“ zugänglich machen kann, könnte der Versicherte dies auch für den (künftigen) Arbeitgeber gestalten. Er oder auch ein von ihm beauftragter medizinischer Sachverständiger kann dann genau die Risiken hinsichtlich der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall sowie einen Ausfall der Arbeitskraft einschätzen. Zu denken ist zum einen an Arbeitgeber, die Versicherte dazu auffordern und unter Druck setzen, dass sie als „Dritter“ benannt werden. Zum anderen ist aber ebenfalls denkbar, dass Beschäftigte, Bewerberinnen und Bewerber freiwillig dem (zukünftigen) Arbeitgeber als „Dritten“ benennen, um sich einen Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen zu verschaffen.

Es muss daher mindestens ausgeschlossen werden, dass auch der (künftige) Arbeitgeber „Dritter“ im Sinne der Vorschrift sein kann. Besser wäre genauer zu definieren, wer „Dritter“ im Sinne der Regelung sein darf. Davon können dann unter Umständen enge Ausnahmen möglich gemacht werden. Bei den zu übermittelnden Daten handelt es sich um Daten in Zusammenhang mit in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. In § 305 Abs. 1 S. 5 SGB V wird deutlich, dass es sich sowohl um Daten im Zusammenhang mit in Anspruch genommenen ärztlichen Leistungen handeln kann und um solche, die die ärztlich verordneten und veranlassten Leistungen betreffen. So könnten „Dritte“ einen Überblick darüber gewinnen, welche in Anspruch genommene Leistung auf Eigeninitiative des Versicherten zurückzuführen ist und welche auf einen durch Ärzte veranlasste Leistung. Das wiederum könnte Rückschlüsse auf Krankheitsbilder oder Verhaltensweisen der Versicherten geben und durch „Dritte“ auch unsachgemäß für eigene Zwecke verwendbar sein.



Nach § 19 Gendiagnostikgesetz darf der Arbeitgeber weder vor noch nach der Begründung des Beschäftigungsverhältnisses die Vornahme oder Analyse genetischer Untersuchungen oder die Mitteilung von Ergebnissen genetischer Untersuchungen verlangen. Bei Zuwiderhandlungen ist eine Ordnungswidrigkeit nach § 26 Abs. 1 Nr. 8 Gendiagnostikgesetzes vorgesehen. Auch für die vorliegende Gesetzesänderung könnte eine entsprechende Regelung in Betracht gezogen werden. Jedoch umfasst diese Regelung nicht den Fall einer ohne Aufforderung durch den Arbeitgeber durch den Versicherten veranlasste Benennung als „Dritter“. Da eine Erweiterung auf diese Konstellationen einen nicht zu rechtfertigenden Eingriff in die Persönlichkeitsrechte sein dürfte, sollte über eine Verpflichtung zur Nichtverwendung der erlangten Daten für den Arbeitgeber (bzw. Dritten) nachgedacht werden.

2.8 Gematik

Endlich will das BMG die Blockaden der gematik angehen, die der Gesetzgeber durch seine Strukturentscheidungen geschaffen hat. Dadurch sind bisher Beitragsgelder von mind. 1,4 Milliarden Euro verschwendet worden. Nun sollen mobile Endgeräte, wie Tablets und Smartphones, eingebunden und die Unterscheidung von Patientenfach und Patientenakte beendet werden. Der DGB regt an, dies Versichertenfach und Versichertenakte zu nennen. Des Weiteren muss sichergestellt werden, dass die elektronische Kommunikation zwischen Leistungsträgern, den Krankenkassen, und Leistungserbringern sowie Krankenversicherten ausgebaut wird.

Dass die gematik das BMG über Störungen mit beträchtlichen Auswirkungen auf Sicherheit und Funktionsfähigkeit der Telematik-Infrastruktur zu informieren hat, ist kurzfristig der richtige Weg. Mittel- und langfristig muss der Staat sein Sicherheitsmonopol auch für die Telematik-Infrastruktur wahrnehmen. Der DGB fordert, dass die Funktionen des elektronischen Personalausweis und der elektronischen Gesundheitskarte zusammengelegt werden, um teure Doppelstrukturen zu verhindern.

2.9 Stufenweise Wiedereingliederung

Das BMG sieht vor, eine stufenweise Wiedereingliederung im Kontext einer leistungsrechtlichen Anpassung einzuführen. Angesichts des Selbstgefährdungspotentials der Versicherten sowie der lückenhaften Qualifikation der Ärzte bezüglich der Arbeitswelt fordert der DGB Nachbesserung. Der Arzt, der eine stufenweise Wiederaufnahme der Erwerbsfähigkeit in Betracht ziehen kann, muss über eine arbeits- oder sozialmedizinische Qualifikation verfügen.



Die Klarstellung, dass auch DO-Versorgungsempfänger die Teilkostenerstattung gem. § 14 SGB V in Anspruch nehmen können, begrüßt der DGB. Der DGB fordert, diese Möglichkeit auf alle Beamtinnen und Beamten sowie Versorgungsempfängerinnen und –empfänger zu erweitern.

2.10 Wahlmöglichkeit Selbstständiger zu Krankengeld

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen ausdrücklich die geplanten Änderungen in § 44 Abs. 2 Satz 1 Ziffer 1 SGB V. Eine Klarstellung, dass hauptberuflich Selbständige die Möglichkeit zur Wahl eines Krankengeldanspruches haben, ist längst überfällig. Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Auslegung, ob nach § 5 Abs. 1 Ziffer 13 SGB V auch pflichtversicherte hauptberuflich Selbständige die Möglichkeit haben, den Krankengeldanspruch zu wählen, führt die Wahlmöglichkeit für den genannten Personenkreis zur Rechtssicherheit. Auch bei pflichtversichert hauptberuflich Selbständigen kann das Arbeitseinkommen bei Arbeitsunfähigkeit ausfallen. Die Gewährleistung einer Gleichbehandlung zu freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkasse, die von § 5 Abs. 1 Ziffer 13 SGB V umfassend sind, macht diese gesetzgeberische Maßnahme notwendig.

Um missbräuchliche Gestaltungen des Krankengeldanspruches auszuschließen, unterstützt der DGB die Einführung von § 44 Abs. 2 Satz 2 SGB V. So wird von Anfang an sichergestellt, dass sich Versicherte nicht erst mit oder nach Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit entscheiden, von der Wahlmöglichkeit Gebrauch zu machen. Alles andere würde zu einem Unterlaufen des Solidaritätsprinzips führen, denn mit Ausübung der Wahlmöglichkeit setzt der Versicherte unterschiedliche Beitragssätze in Gang. Anstatt mit dem ermäßigten Beitragssatz werden die beitragspflichtigen Einnahmen des pflichtversicherten hauptberuflich Selbständigen nach seiner Entscheidung, das Krankengeld zu beanspruchen, mit dem allgemeinen höheren Beitragssatz verarbeitet.

2.11 Krankengeld bei verspäteter Folge-AU-Bescheinigung

Der DGB begrüßt eine in § 46 Satz 2 SGB V geplante Regelung die sicherstellt, dass Versicherte, deren Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld vom lückenlosen Bestand des Anspruchs des Krankengelds abhängig ist, sicher und lückenlos abgesichert sind. So entfällt das Krankengeld nicht vollständig und dauerhaft, wenn zwar eine verspätete, aber nach Wegfall des Hinderungsgrundes unverzügliche Vorlage einer Folgearbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfolgt. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gehört die Erlangung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu den Obliegenheiten des Versicherten, so dass die Folgen einer unterbliebenen oder



nicht rechtzeitigen ärztlichen Feststellung grundsätzlich vom Versicherten zu tragen sind. Dass eine verspätete Ausstellung einer Folgebescheinigung Konsequenzen auf den versicherungsrechtlichen Status hat und zu unangemessener Sanktionierung führen kann, hat der Gesetzgeber nun zum Anlass genommen, zu handeln. Die geplante Regelung trägt damit ebenfalls der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts Rechnung, wonach solche Ausnahmen anerkannt werden, wenn Versicherte die ihm vom Gesetz übertragene Obliegenheit, für eine zeitgerechte ärztliche Feststellung der geltend gemachten AU Sorge zu tragen, erfüllt und alles in ihrer Macht Stehende tun, um die ärztliche Feststellung zu erhalten, z.B. den Arzt aufzusuchen und ihm seine Beschwerden vorzutragen. Unterbleibt die ärztliche AU-Feststellung dann gleichwohl aus Gründen, die dem Verantwortungsbereich des Arztes zuzuordnen sind, darf sich das nicht zum Nachteil des Versicherten auswirken, wenn er seinerseits alles in seiner Macht Stehende getan hat, um seine Ansprüche zu wahren, daran aber durch eine von der Krankenkasse zu vertretende Fehlentscheidung gehindert wurde (BSG, Urt. v. 11.05.2017- B 3 KR 22/15 R, Rz. 23).

2.12 Elektronische AU-Bescheinigung

Der DGB unterstützt die Einführung eines zum 1. Januar 2021 einheitlichen und verbindlichen elektronischen Verfahrens zur Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsdaten durch die Ärzte an die Krankenkassen. Zu begrüßen ist weiterhin, dass in diesem Zusammenhang gesetzlich klargestellt werden soll, dass die Pflicht zur Übermittlung dieser Daten an die Krankenkassen den Ärzten und Einrichtungen obliegt, die die Arbeitsunfähigkeit feststellen. So werden Versicherte von der Obliegenheit befreit und die ohnehin schon bestehende Aufzeichnungs- und Übermittlungspflicht der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen bereits auf die Diagnosen der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen an die Krankenkassen ausgeweitet.

2.13 Aufsicht und Fehlverhaltensbekämpfung

Der DGB begrüßt den Plan des BMG, bessere Möglichkeiten zum Datenaustausch bezüglich der Fehlverhaltensbekämpfung bzw. der Korruption im Gesundheitswesen zu schaffen. Dies soll auch für die MDKen gelten. Der DGB weist darauf hin, dass dies nicht für eine Begründung, die MDKen müssten kassenunabhängiger werden, genutzt werden sollte.

Bezüglich der Verpflichtung zu einer Musterkassenordnung ist der DGB skeptisch, denn die Begründung enthält keine Aussage darüber, welchen Nutzen die Versicherung von dieser Regelung haben.



Die Regelung, wonach das BMG weitere Prüfungen der Krankenkassen durch Wirtschaftsprüfer und Rechtsanwaltskanzleien zu Lasten der Beitragsgelder der Versicherten und Arbeitgeber veranlassen kann, ist schlicht grotesk. Jahrelang wird öffentliche Verwaltung kleingespart und/oder ihre Aufgaben ausgeweitet, so dass sie ihren Aufgaben nur durch Beauftragung externe Dienstleister gerecht werden können. Dann sollen erneut die Beitragszahlerinnen und –zahler für fehlende Finanzmittel des Staates die Zeche zahlen. Der DGB fordert, entsprechende Planstellen für Wirtschaftsprüfer und Juristen im BMG vorzusehen.

2.14 Neugestaltung der §§ 50 und 51 SGB V – Krankengeldansprüche im Zusammenhang mit Teilrente und Flexirentengesetz

Der Gesetzgeber verfolgt mit dem Flexirentengesetz das Ziel, Beschäftigung und Teilrente attraktiver zu gestalten. Die Gewerkschaften haben dieses Vorhaben als eine Möglichkeit zur Gestaltung von abgesicherten Übergängen begrüßt. Die freie Kombinierbarkeit aus Teilrente und Lohn soll den Beschäftigten die Möglichkeit eröffnen, ihre Erwerbstätigkeit zu reduzieren und den Lohnausfall teilweise durch die Altersrente auszugleichen.

Da die Beschäftigten in diesen Fällen einen wesentlichen Teil ihres Einkommens aus dem Lohn bestreiten, ist es für die Gewerkschaften von entscheidender Bedeutung, dass das Erwerbseinkommen bei Krankheit und Arbeitslosigkeit auch regulär abgesichert ist. In seiner Stellungnahme zum Flexirentengesetz wie auch in der Anhörung hat der DGB darauf hingewiesen, dass es im geltenden Sozialrecht Regelungslücken bei der sozialen Absicherung bei der Kombination von Teilrente und Erwerbseinkommen gibt. Aus Sicht des DGB ist diese Absicherungslücke im Sinne der Beschäftigten zu schließen.

Der nun vorliegende Referentenentwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) sieht durch die Änderungen der §§ 50 und 51 SGB V vor, die bestehende Regelungslücke im Falle des Krankengelds sogar noch zu Lasten der Beschäftigten auszuweiten. Das Gesundheitsministerium unter Minister Spahn beschneidet den durch Beiträge erworbenen Anspruch auf Krankengeld, statt sich grundlegend mit der Frage zu beschäftigen, wie in einer propagierten Welt des „arbeitenden Rentners“ die soziale Sicherung auszugestalten ist. Dies ist inakzeptabel und konterkariert jeden Versuch der Sozialpartner, mit der Teilrente Arbeiten bis zur Rente auch bei reduzierter Arbeitszeit zu ermöglichen. Aus Sicht des DGB und der Gewerkschaften ist dies inakzeptabel. Sinnvoller wäre es stattdessen sicherzustellen, dass Krankengeld auch im Falle einer Kombination von Teilrente und Lohn gezahlt wird.



Hintergrund ist das seit 1. Juli 2017 geltende neue Hinzuverdienstrecht bei Renten vor der Regelaltersgrenze. Dieses sieht vor, dass der Hinzuverdienst für ein Kalenderjahr auf Basis von zwei Prognosen erstellt wird. Für das erste Halbjahr eines Kalenderjahres zum 1. Juli des vorhergehenden Kalenderjahres und für das zweite Halbjahr zum 1. Juli desselben Jahres. Auf Antrag kann bei unterjähriger Änderung der Einkommensverhältnisse um mindestens zehn Prozent (bezogen auf das Jahreseinkommen) außerdem noch eine erneute Prognose aufgestellt werden. Auf Basis dieser Prognosen wird die zu zahlende monatliche Rente festgestellt und vorläufig ausbezahlt.

Am 1. Juli des folgenden Kalenderjahres wird dann das (abgelaufene) Kalenderjahr (vom 1.1. bis 31.12.) spitz abgerechnet. Mit dieser Abrechnung werden die Rentenbescheide für das (abgelaufene) Kalenderjahr in der Regel aufgehoben und einer beziehungsweise zwei neue Bescheide erteilt. Dabei kann es zu folgenden Statuswechseln kommen, die für die Zahlung des Krankengelds relevant sind:

- 1) eine gezahlte Teilrente wird (wegen geringem Hinzuverdienst) in eine Vollrente umgewandelt
- 2) eine gezahlte Teilrente wird (wegen zu hohem Hinzuverdienst) eingestellt
- 3) eine Vollrente wird (wegen Hinzuverdienst über 6.300 Euro) in eine Teilrente umgewandelt
- 4) eine Vollrente wird (wegen zu hohem Hinzuverdienst) eingestellt.

Diese Statuswechsel werden möglich

- i) zum 1. Juli eines Jahres für das zweite Halbjahr durch die Prognose vom 1. Juli des laufenden bis 30. Juni des folgenden Kalenderjahrs
- ii) durch Überprüfung des Hinzuverdienstes für das abgelaufene Kalenderjahr
- iii) auf Antrag nach §34 Abs. 3e bei einer Änderung des prognostizierten Hinzuverdienstes um mehr als zehn Prozent.

Im Einzelnen soll geregelt werden, dass

- a) der Krankengeldanspruch bei Beschäftigten jenseits der Regelaltersgrenze teilweise ausgeschlossen werden soll (§ 50 Abs. 1 Satz 1, Einfügung).
- b) der rückwirkend auftretende Anspruch auf Krankengeld, regelmäßig bis zum 1. Januar des Vorjahres, ausgeschlossen und somit verwehrt werden soll (§ 50 Abs. 1 Satz 2 neu),
- c) bei erwerbstätigen Teilrentnern durch eine Verweisbarkeit auf eine größere Teil-/Vollrente das Krankengeld begrenzt oder vollständig entzogen werden soll (§ 51 Abs. 1a neu).



zu a)

Der Krankengeldanspruch soll künftig nur gewährt werden, wenn eine Teilrente von unter 2/3 der Vollrente gewährt wird. Auch erst bei so niedrigen Teilrenten wäre der allgemeine statt dem ermäßigten Beitragssatz zur Krankenversicherung zu zahlen. Außer, dass der Wert von 2/3 dem alten Recht entspricht, gibt es keine sach- und sozialpolitische sinnvolle Herleitung, diesen Schwellwert zu setzen. Damit wird auch hier die Intention des Flexirentengesetzes im Grunde konterkariert bzw. darauf nicht eingegangen. Stattdessen wird auf eine Regelungssystematik aus der Zeit vor dem Flexirentengesetz ohne weitere Begründung abgestellt. Wieso, wenn der Hinzuverdienst nach der Regelaltersgrenze unbeschränkt ist, die Krankengeldzahlung systematisch beschränkt sein soll, bleibt unbeantwortet.

zu b)

Die Änderung des § 50 Abs. 1 Satz 1 will erreichen, dass rückwirkend kein Anspruch auf Krankengeld entsteht. Rentenbescheide werden zum 1. Juli eines Jahres rückwirkend zum 1. Januar des Vorjahres für das gesamte Jahr aufgehoben. Damit wird der Anspruch auf Krankengeld rückwirkend zerstört. Ist die Person durchgehend Arbeitsunfähig, wird auch im laufenden Kalenderjahr kein Krankengeld gezahlt – dies umso eher, als die Krankenkasse nach dem §51 Abs. 1a neu berechtigt werden soll, die Beschäftigten eine Vollrente zwingend zu beantragen. Damit verkürzt die vorgesehene Regelung für bis zu 18 zurückliegende Monate das Krankengeld. Da Krankengeld für längstens 78 Wochen ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit gewährt wird, kann dies den nahezu vollständigen Verlust des Anspruchs auf Krankengeld bedeuten. Dies trifft außerdem gerade jene Personen, die mehr als ursprünglich geplant hinzuverdient haben und mithin regelmäßig auf den Lohn angewiesen sein dürften.

Die laufenden Renten würden aufgrund entsprechender Rückforderungen gemindert, während gleichzeitig das Krankengeld verweigert wird. Eine Verhaltensänderung ist naturgemäß rückwirkend nicht mehr möglich. Die soziale Situation der ggf. immer noch erkrankten Person wird dadurch erheblich gefährdet. Zumal für den Fall der andauernden Erkrankung die automatischen Regelungen des §34 SGB VI (Überprüfung und Prognose) zur Gewährung einer Vollrente auch ab 1. Juli des laufenden Kalenderjahres führen würde und damit auch für die Zukunft kein Anspruch auf Krankengeld mehr bestünde.

Zu bedenken ist auch, dass das Dispositionsrecht in diesen Fällen durch den §34 Abs. 3e beschränkt ist, da ein Anspruch auf eine andere als die ursprünglich beschiedene Rentenhöhe zu wechseln nur zulässig ist, sofern sich das Einkommen auf Jahresbasis um mehr als 10 Prozent verändert. Und auch dann ändert sich die Teilrente regelmäßig erst für die Zukunft, da im Rahmen des Flexirentengesetzes auch der §100 Abs. 2 gestrichen wurde und eine rückwirkende Änderung durch Antrag des Versicherten



damit ausgeschlossen wurde – lediglich im Falle eines höheren Anteils der Rente wird ab Antragsmonat geleistet. Auch lässt die bisherige Erfahrung mit der Hinzuverdienstregelung sowie die öffentliche Darstellung der neuen Hinzuverdienstregelung als „flexibel“ und gleitend vermuten, dass die wenigsten Beschäftigten eine Änderung des Hinzuverdienstes rechtzeitig melden werden. Regelmäßig dürften die Versicherten erst durch Ablehnung der Krankenkasse realisieren, dass aus ihrer versicherungspflichtigen Beschäftigung kein Krankengeldanspruch entstanden ist.

Keinesfalls überzeugen kann die Begründung des Referentenentwurfs. Die Vermutung, dass es sich nur um wenige Fälle handeln würde, ist an sich noch kein Grund, erkrankten Menschen die soziale Absicherung ersatzlos und ohne besonderen Grund zu streichen. Die Belastungen der Arbeitgeber mit einer erneuten Berechnung der Sozialabgaben für das abgelaufene Kalenderjahr dürften überschaubar sein. Zumal das BMG selbst im umgekehrten Fall eines nachträglichen Verlustes des Krankengelds durch Umwandlung in eine Vollrente keine Änderung vorsieht, die Arbeitgeber also sehr wohl mit einer Eröffnung und Abänderung des Abrechnungszeitraum belasten möchten. Hier werte das BMG die Chance der Krankenkassen zumindest einen kleinen Teil des Krankengeldes durch Aufrechnung mit der Rente und abzüglich des geringeren Krankenversicherungsbeitrags zurückzuerlangen scheinbar höher als die „Belastung der Arbeitgeber“. Kein Problem scheint das BMG jedoch darin zu sehen, die „Belastung der Arbeitgeber“ durch eine erneute Meldung höher zu werten als die unter Umständen individuell erheblichen finanziellen Einbußen der Betroffenen.

zu c)

Durch Einfügung des neuen Abs. 1a in § 51 SGB V sollen die Krankenkassen künftig Personen mit einer Frist von vier Wochen auffordern können, eine größere Teil- und ggf. gar die Vollrente zu beantragen. Dadurch wird der Krankengeldanspruch drastisch verkürzt oder gar ganz zerstört. Durch die hier vorgesehen Änderungen würden Kranke auf eine andere als die eigentlich zuständige Sozialleistung verwiesen und dies obwohl Krankengeld keine subsidiäre Leistung ist. Damit würden Versicherte trotz erfolgter Beitragszahlung unter Umständen ihren Krankengeldanspruch vollständig verlieren. Mit dem Verlust des Krankengeldes einher ginge dann regelmäßig auch der Verlust eventuell vom Arbeitgeber gezahlter Zuschüsse zum Krankengeld.

Zu beachten ist hierbei, dass die Krankenkasse die Beschäftigten bereits zur Antragstellung auffordern kann, wenn sie arbeitsunfähig werden, also ggf. vor Beginn der Krankengeldzahlung. U.u. liegt also eine neue Prognose bereits für den 1. des Kalendermonats der ersten Arbeitsunfähigkeit vor, was den Anspruch auf Krankengeld dem Grunde nach zerstören würde, da vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bereits eine Vollrente vorlag.



Dies trifft Personen, die weniger als erwartet verdient haben bzw. verdienen werden, da nur bei ihnen eine erneute Prognose zu einer entsprechenden Änderung der Teilrente führen würde. Grund hierfür dürfte in diesen Fällen regelmäßig das Krankengeld selbst sein, da es nicht als Hinzuverdienst bei der Rente gilt, führt ein Krankengeldbezug zu einem tendenziell sinkenden Jahresverdienst. Eine solche Prognose müsste dann aber Annahmen darüber treffen, ob und wie lange Krankengeldbezug vorliegt oder die Erwerbstätigkeit wieder aufgenommen wird. Auch dieser Eingriff in die Rechte der Versicherten wendet die Absicht des Flexirentengesetzes gegen die Betroffenen, da ein unerwartet geringerer Verdienst zu einer höheren Rente führen soll, um finanzielle Einbußen zu reduzieren. Hier zielt die höhere Rente aber auf die vollständige Verwehrung des Krankengeldanspruchs und führt damit systematisch zu erheblichen finanziellen Einbußen für die Betroffenen.

Mit der Kombination aus Rente und Lohn soll den Beschäftigten ermöglicht werden, nur einen Teil der Altersrente vorzeitig und damit mit Abschlägen, in Anspruch zu nehmen. Gleichzeitig sollen sie mehr hinzuverdienen dürfen, um weiter Beiträge zu zahlen und so ihren Rentenanspruch weiter zu erhöhen. Die vorgesehene Regelung des §51 Abs. 1a neu greift hier auf allen Ebenen entgegen der Intention der Beschäftigten ein. Sie erhöht den Anteil der vorzeitig mit Abschlägen in Anspruch genommenen Rente, was zu einer dauerhaft geminderten Altersrente führt. Außerdem mindert sie durch den Entzug des Krankengelds die Anzahl an weiteren Beitragszahlungen und damit zusätzlichen Rentenanwartschaften.

Die vorgesehene Regelung greift auch dann, wenn die Versicherten freiwillig eine deutlich geringere Teilrente als rechnerisch zulässig beziehen (gemäß §42 SGB VI).

Gesamtbewertung und Alternativen:

Das BMG mindert die Probleme keineswegs. Die Regelungen entlasten systematisch und einseitig die Krankenversicherung auf Kosten von Rentenversicherung und Versicherten. In der Mehrzahl der erwarteten Fälle rückwirkender relevanter Änderungen entstehen weiterhin Nach- und Rückforderungen, werden Arbeitgeber abgeschlossene Abrechnungszeiträume korrigieren und ggf. Krankengeldzuschüsse zurückfordern müssen. Die Rentenversicherung wird mit zusätzlichen Anträgen auf Abänderung der Prognose und Erstattungsersuchen beschäftigt sein. Für die Versicherten ergibt sich eine erhebliche Unsicherheit, die regelmäßig vergangene Zeiträume von bis zu 18 Kalendermonaten umfassen wird. Das Wunsch und Wahlrecht der Betroffenen wird durch den §51 Abs. 1a neu beschnitten die Absicherung im Krankheitsfall erheblich verkürzt oder gar verwehrt. Außerdem kann die Krankenkasse zu ihren Gunsten und auf Kosten der Versicherten durch eine lebenslang stärker geminderte Rente zwingen einen größeren Teil der Rente mit Abschlag in Anspruch zu nehmen. Auch muss davon ausgegangen werden, dass eine bei der Neufeststellung (durch



Antrag wie auch bei der Überprüfung zum 1. Juli) geänderte Rente regelmäßig „nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit“ zuerkannt wurde und daher auf das laufende Krankengeld angerechnet wird.

Insgesamt zeigt sich, dass das BMG nicht bemüht ist, die Absicherung sach- und systemgerecht zu lösen, sondern lediglich auf eine möglichst umfassende finanzielle Entlastung der Krankenkassen abzielt. Denn selbst wenn Beschäftigte im Übergang in erheblichem Umfang ihr Einkommen aus Erwerbstätigkeit bestreiten, werden sie bei längerer Erkrankung nahezu unmittelbar alleine auf ihre Altersrente zurückgeworfen, entgegen ihren Plänen und der Intention der Flexirente. Damit werden planbare und sichere Übergänge mit Teilrente faktisch verunmöglicht. Die geplanten Änderungen durch das BMG konterkarieren damit alle Intensionen und Ziele der Teilrente, einen längeren Verbleib im Erwerbsleben zu ermöglichen.

Wenn das Ziel des Gesetzgebers ist, dass Beschäftigte neben einer Altersrente auch in großem Umfang versicherungspflichtig beschäftigt sein sollen, dann muss auch der Lohnausfall bei Krankheit entsprechend abgesichert sein. Anreize für Teilrenten und Erwerbseinkommen von über 450 Euro zu setzen, den Menschen dann aber wesentliche Sicherungsfunktionen des Sozialstaates zu entziehen, ist nicht akzeptabel.

Der DGB schlägt vor stattdessen zu prüfen, den Krankengeldbezug systematisch zu sichern und zu gewähren. Hierzu wäre zu regeln

- a) Der Krankengeldanspruch vor der Regelaltersrente wird unabhängig vom Bezug einer (vollen) Altersrente gewährt. Damit wäre stets der allgemeine Beitragssatz zur Krankenversicherung fällig.
- b) Das Bemessungsentgelt für das Krankengeld müsste als Hinzuverdienst bei der Rente gewertet werden und Altersrenten nicht mehr auf das Krankengeld angerechnet werden.
- c) Bei Renten wegen Erwerbsminderung sollte eine analoge Regelung getroffen werden.
- d) Jenseits der Regelaltersgrenze sollte ebenfalls Anspruch auf Krankengeld unabhängig von der Frage der Altersrente gewährt werden. Da jenseits der Regelaltersgrenze auch keine Einkommensanrechnung stattfindet, ist nach dem Willen des Gesetzgebers ein Doppelbezug von dauerhaftem Lohnersatz und (vollem) Lohn explizit vorgesehen. In Fortsetzung dieses Gedankens wäre dann auch der volle kurzfristige Lohnersatz wie Krankengeld o.ä. zu gewähren
- e) Entfallen müssten dann auch die Absätze 2 und 3 des §51 SGB V.
- f) Geeignete Konzepte für die Einführung eines Teilkrankengeldes nach skandinavischem Vorbild sind für alle Versicherten auch vor dem 63. Lebensjahr zu prüfen.



Begründung:

Ziel des Gesetzgebers ist es, Rente und Lohn leichter kombinierbar zu gestalten und höheres Erwerbseinkommen neben der Rente zu erlauben. Daher wäre es folgerichtig, dies analog auf kurzfristige Lohnersatzeinkommen auszuweiten, da diese explizit den entfallenden Lohn kurzfristig ersetzen sollen.

Mit den vorgeschlagenen Änderungen würden alle Versicherten unabhängig von der Frage des Rentenbezugs beim Krankengeld gleichgestellt. Der Bezug einer Rente kann nicht ausschlaggebend dafür sein, ob die Beiträge zu einem Leistungsanspruch führen oder nicht oder wie weit dieser beschnitten werden kann. Wird das Krankengeld stets in Höhe des versicherten Einkommens und unabhängig von der Frage Vollrente oder Teilrente gewährt, hätten rückwirkende Wechsel der Rente keine Auswirkung mehr auf das Krankengeld und abgerechnete Entgeltzeiträume müssten durch die Arbeitgeber nicht mehr korrigiert werden. Auch entfielen Rückforderungen von Krankengeldzuschüssen. Würde das Bemessungsentgelt als Hinzuverdienst bei der Rente gewertet, wäre eine „doppelte“ Versorgung ausgeschlossen, da die Rente stets nur entsprechend der gewollten Hinzuverdienstregel ergänzend zum Krankengeld gezahlt werden würde. Dafür müsste natürlich die Anrechnung der Rente auf das Krankengeld ersatzlos entfallen, um eine Doppelanrechnung zu vermeiden. Jenseits der Regelaltersgrenze sieht der Gesetzgeber keine Einkommensanrechnung bei Renten vor, insoweit erscheint es auch nicht richtig, das Krankengeld in diesen Fällen zu kürzen oder auf die Rente anzurechnen.

2.15 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – SAPV

Das bisherige Einzelvertragsmodell in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung wird auf ein gesetzliches Zulassungsmodell umgestellt, um vergaberechtliche Einwände gegen die bisherige Vertragspraxis auszuräumen. Künftig sind gemeinsame und einheitliche Versorgungsverträge der Landesverbände der Krankenkassen mit den maßgeblichen Vertretern der SAPV-Leistungserbringer auf Landesebene gesetzlich vorgegeben. Leistungserbringer, die die Anforderungen erfüllen, haben Anspruch auf Teilnahme an der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrags mit den Krankenkassen.

Die Regelung ist aus Sicht des DGB unstrittig und bringt Rechtssicherheit in ein bis dato nicht standardmäßig formalisiertes Verfahren zwischen Kassen und Leistungserbringern.



2.16 Beratung durch Betreuungsdienste

Im künftigen Absatz 9 wird festgeschrieben, dass Betreuungsdienste im Sinne des §71 Absatz 1a SGB XI nicht durchgeführt werden dürfen. Der DGB begrüßt diese Vorschrift, da die Beurteilung der Pflegesituation nicht nur vertiefte Kenntnisse über betreuende und hauswirtschaftliche Belange, sondern vor allem auch Kenntnisse erfordert, die zur Beurteilung von pflegerischen Sachverhalten, z.B. aus dem Bereich der körperbezogenen Pflege, betreffen. Aus diesem Grund ist die in der Erläuterung (S. 136f. RefE) getätigte Aussage, nach der einzelne Mitarbeiter, die über eine entsprechende Befähigung verfügen, in die Beratung einzubeziehen sind, zu streichen.

2.17 Dauerhafte Einführung von Betreuungsdiensten als zugelassene Leistungserbringer im Bereich der Pflegeversicherung

Auf der Grundlage des Modellprojektes von § 125 SGB XI sollen Betreuungsdienste künftig als zugelassene Leistungserbringer der Pflegeversicherung fungieren. Dabei soll anstelle einer verantwortlichen Pflegefachkraft eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als sog. Verantwortliche Fachkraft eingesetzt werden.

Der DGB sieht den Mangel an qualifizierten Betreuungsdiensten, dem mit dem Gesetz Abhilfe verschafft werden soll, verweist jedoch darauf, dass die Betreuungsleistungen, die bislang vorwiegend durch die ambulanten Dienste erbracht werden, analog der Langzeit- und Krankenpflege gezielt durch eine personelle Verstärkung auch im ambulanten Bereich angegangen werden könnte, ohne dass dafür eine neue Struktur unter den Leistungserbringern der Pflegeversicherung notwendig wäre. Die künftige Regelung birgt die Gefahr, dass Betreuungsdienste von Seiten der Pflegebedürftigen gebeten werden, pflegerische Aufgaben zu übernehmen, ohne dass diese dafür qualifiziert, haftungsrechtlich abgesichert und nicht zuletzt vergütet würden. Darüber hinaus müsste das Gebot der Wirtschaftlichkeit von Tarifleistungen auch für den Bereich der Betreuungsdienste zwingend zur Anwendung kommen und entsprechend in den Pflegesätzen abgebildet werden.